

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ТОЧЕЧНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ В ЭТАПНОМ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАДИКУЛОПАТИЙ

В.Б. Симоненко, О.В. Давыдов

ФГБУ Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В. Мандрыка Минобороны России, Москва

Изучены результаты этапного лечения 4205 больных с различными формами вертеброгенной радикулопатии. Показана эффективность дифференцированного применения методов традиционной лекарственной терапии, рефлексотерапии и физиотерапии в зависимости от периода течения заболевания.

Ключевые слова: вертеброгенная радикулопатия, болевой синдром, корешковые расстройства, точечная лекарственная терапия.

CLINICAL SIGNIFICANCE OF POINTED MEDICAMENTAL AND NON-MEDICAMENTAL THERAPY IN THE STAGED COMBINED TREATMENT OF RADICULOPATHIES

V.B. Simonenko, O.V. Davydov

P.V. Mandryka Medical Research and Methodological Centre

We analysed the results of the treatment of 4205 patients with different forms of vertebrogenic radiculopathy. They suggest the efficacy of differential application of graduated medicamental therapy, reflexo- and physiotherapy depending on the period of clinical course of the disease.

Key words: vertebrogenic radiculopathy; pain syndrome; radicular disease; point medicamental therapy.

Вертеброгенные радикулопатии (ВР) составляют до 57% в структуре болезней нервной системы [1], часто приводят к временной утрате трудоспособности и ранней инвалидизации трудоспособного населения. В связи с этим разработка методов комплексной терапии указанных заболеваний приобретает особую актуальность. Немаловажное значение имеет и этапность применения тех или иных методов лечения, учитывающих особенности патогенеза, характерные каждому периоду заболевания [2, 3].

Материал и методы

Изучены данные 4205 больных (1855 мужчин и 2350 женщин) в возрасте от 30 до 80 лет (медиана 44,6 года); большая часть больных были старше 50 лет. Все больные поступили на лечение от 3 до 7 дней от начала обострения заболевания. По локализации радикулопатии больные распределились следующим образом: шейные — 525 больных, грудные — 1700, пояснично-крестцовые — 1980.

Все пациенты поступали на лечение с резкой болью в позвоночнике с иррадиацией в зону иннервации соответствующего спинномозгового корешка (СК). Для острого периода характерным было ограничение движений и наличие ранних ночных приступов боли, когда больным было трудно найти положение для уменьшения интенсивности болевых ощущений.

При объективном обследовании определялись вынужденное положение с наличием анталгического сколиоза соответственно локализации блокированного позвоночного двигательного сегмента (ПДС), выраженная мышечная ригидность, резкая болезненность при пальпации и наличие симптомов натяжения. Рефлекторные и чувствительные нарушения регистрировались у 83% больных, двигательные — у 36%. При рентгенологическом исследовании у всех больных определялся остеохондроз разной степени выраженности, спондилоартроз, дефор-

мирующий спондилез. При магнитноядерно-резонансной и компьютерной томографии у 98% обследуемых обнаружены протрузии и грыжевые выпячивания межпозвонковых дисков (МПД), локализация и латерализация которых соответствовали клинической картине заболевания. В настоящей работе мы выделили 3 периода лечения вертеброгенной радикулопатии: острый, подострый, восстановительный (период реабилитации).

Тактика лечения больных в остром периоде вертеброгенной радикулопатии определялась выраженным болевым синдромом, особенно в ночное время, резким ограничением подвижности в соответствующем ПДС и выпадением функций. Патогенетические механизмы на этом этапе определялись наличием выраженного миотонического синдрома, связанного с компрессионными, дисциркуляторными процессами в СК, наличием венозного стаза. В большинстве наблюдений продолжительность первого периода заболевания составляла 6—8 дней. Лечебные мероприятия на этом этапе болезни были направлены на устранение набухания МДП и отека окружающих тканей, в том числе СК. Проводилась точечная лекарственная терапия глюкокортикоидами местного действия — кеналог по 1 мл (40 мг) или дипроспан по 1 мл в сутки в зависимости от локализации и повторные точечные инъекции нестероидных противовоспалительных препаратов. Для этого использовали растворы диклофенака, ксефокама, тексамена, моваписа, которые вводили локально в виде микроинъекций после предварительной анестезии новокаином или лидокаином. Производили глубокие уколы (до периоста) в проекции точек акупунктуры. При шейных радикулопатиях — Фэн-чи (VB.20), Цзянь-чжун-шу (IG.15), Да-чжу (V.11), при грудных — Тянь-цзун (IG.11), Фей-шу (V.13), Синь-шу (V.15), при пояснично-крестцовых — Шэнь-шу (V.23), Ци-хай-шу (V.24), Да-чан-шу (V.25), Гунь-юань-шу (V.26), Цзюй-ляо (VB.29), Хуан-тяо

(VB.30). Рефлексотерапия осуществлялась воздействием на точки акупунктуры центрального действия с помощью микроиглоакупулотерапии с оставлением игл на 7 дней. Использовали точки шэнь-мэнь шейного, грудного, поясничного, крестцового отделов позвоночника, бедра, тазобедренного сустава, голени, плечевого сустава, плеча, кисти, затылочного нерва и др. В комплекс лечения на этом этапе обязательно включали мочегонные (фуросемид), миорелаксанты (сирдалуд, мидокалм), препараты, улучшающие микроциркуляцию (трентал).

В подостром периоде, который у большинства больных начинался с конца 1-й или начала 2-й недели, тактика ведения больных определялась стиханием и смещением к утру болевых ощущений, уменьшением мышечного напряжения и увеличением подвижности в заблокированных ПДС. Патогенетически этот период характеризуется уменьшением отека в зоне повреждения, восстановлением венозного оттока, уменьшением компрессионно-дисциркуляторных нарушений в СК.

Длительность второго периода колеблется от 1,5 до 2 нед. Лечебные мероприятия на этом этапе включают мануальную терапию, направленную на устранение функционального блока в ПДС. Мы применяли приемы мануальной терапии: постизометрическую релаксацию мышц, мобилизацию путем ритмичных (на выдохе) толчков в поперечные отростки позвонков, ротацию туловища с направленным толчком на остистый отросток заблокированного ПДС, горизонтальную и вертикальную тракцию. Проводили повторные процедуры мануальной терапии, и в программу лечения включали курс классической корпоральной иглотерапии воздействием на биологически активные точки сегментарного и общего действия по общепринятым схемам.

Третий этап — это лечение больных в периоде восстановления нарушенных функций. В большинстве наблюдений в этом периоде болезни значительно уменьшался болевой синдром, отсутствовали ночные приступы боли, увеличивалась подвижность позвоночника. Двигательные и чувствительные корешковые симптомы, как правило, сохранялись, что и определило дальнейшую тактику лечения. В наших наблюдениях длительность этого периода колебалась от 2 до 3 нед и более. Лечение больных на этом этапе включало проведение повторных сеансов мануальной и иглорефлексотерапии, точечного, классического и механического массажа. В восстановительном периоде показаны такие методы физиотерапии, как бальнеопроцедуры, магнитотерапия. По мере уменьшения выраженности болевого синдрома шире применяются методы лечебной физкультуры. Этапное применение методов лечения представлено в таблице.

Б о л ь н о й К., 52 лет, поступил в госпиталь с жалобами на сильную боль в пояснице с иррадиацией в правую ногу. Из анамнеза известно, что болен около 3 дней. Обострение связано с сильным охлаждением (длительное время работал в холодном помещении). Больной с трудом мог передвигаться и был вынужден лечь в постель. Прием анальгетиков давал временный эффект. На 3-й день боль усилилась и стала иррадиировать в правую ногу, особенно ночью, что и побудило больного обратиться к врачу. При осмотре отмечены вынужденное положение, ограничение движения, анталгический сколиоз в поясничном отделе позвоночника с вершиной вправо, выраженная ригидность длинных мышц спины, болезненность остистых отростков и паравертебральных точек в области IV—V ПДС. Симптом Ласега 30°, снижение болевой чувствительности по боковой поверхности правой

Поэтапное распределение методов лечения

Методы лечения	Этап лечения		
	первый — острый период	второй — подострый период	третий — период реабилитации
Точечная лекарственная терапия (кеналог, дипроспан, диклофенак, ксефокам, мовалис, тексамен)	+	+	—
Мочегонные (фуросемид)	+	+	—
Миорелаксанты (сирдалуд)	+	+	—
Антиагреганты (трентал)	+	+	—
Микроиглотерапия	+	+	—
Корпоральная иглотерапия	—	+	+
Массаж (механический, точечный, классический)	—	+	+
Физиотерапия, бальнеолечение, лечебная физкультура	—	—	+

голени, ахиллова рефлекса, силы разгибателя I пальца правой стопы. При магнитной томографии выявлены протрузия диска L_{IV}—L_V на 4 мм и правосторонняя грыжа межпозвонкового диска L_V—S_I на 8 мм. При исследовании других органов и систем патологии не выявлено.

В день поступления больного была проведена процедура точечной лекарственной терапии в точку V.26 справа: кеналог по 1 мл (40 мг) с 5 мл раствора новокаина и в точку VB.30 3 мл (75 мг) раствора диклофенака. В правую ушную раковину были введены микроиглы в точки Шэнь-мэнь поясничного отдела позвоночника, седалищного нерва на 1 нед. Внутрь назначен трентал в дозе 400 мг 1 раз в сутки и сирдалуд по 2 мг 3 раза в сутки. После проведенных мероприятий больной ночь провел спокойно, утром интенсивность боли уменьшилась. Повторные введения в точку V.26 75 мг диклофенака проводили через день. На 7-е сутки была проведена процедура точечной лекарственной терапии в точку VB.30: кеналог 1 мл (40 мг) с 5 мл раствора новокаина. К концу 1-й недели от начала заболевания боль значительно уменьшилась. Проведен сеанс мануальной терапии, направленный на устранение блока в ПДС L_{IV}—L_V и анталгического сколиоза в поясничном отделе позвоночника. В дальнейшем больной прошел курс классической корпоральной иглотерапии в сочетании с механотерапией на массажной кушетке и на 20-й день больной был выписан в удовлетворительном состоянии.

Комплексное этапное лечение больных с ВР оказалось достаточно эффективным, что выразилось в достижении устойчивой ремиссии у 98% больных, уменьшении на 20% продолжительности лечения и полноценном восстановлении утраченных функций. Оперативная активность составляла 0,1%.

Таким образом, последовательное, этапное применение противоотечной, противовоспалительной, мануальной и иглотерапии, механического массажа привело к быстрому устранению клинических симптомов и выздоровлению больного.

Сведения об авторах:

Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В.Мандрыка

Симоненко Владимир Борисович — д-р мед. наук, проф, член-кор. РАМН, начальник центра.

Давыдов Олег Васильевич — канд. мед. наук.

1. Шток В.Н., Левин О.С. Справочник по формированию клинического диагноза болезней нервной системы. М.: МИА; 2006: 373—7.
2. Павленко С.С. Состояние и проблемы эпидемиологических исследований болевых синдромов. Боль. 2006; 4: 2—7.
3. Anderson G.B. Epidemiology of low back pain. Acta Orthop. Scand. 1998; Suppl. 281: 28—31.

Поступила 22.11.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013
УДК 615.233.036.8

РЕЗУЛЬТАТЫ МЕЖДУНАРОДНОГО МНОГОЦЕНТРОВОГО НЕИНТЕРВЕНЦИОННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АСКОРИЛА ЭКСПЕКТОРАНТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАШЛЯ, ПРОВЕДЕННОГО В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН И В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

T.S. Nurgozhin, A.E. Gulyaev, B.A. Ermekbaeva, S.K. Zhaugasheva, G.T. Abuova, E.A. An

ЧУ «Центр наук о жизни» АОО Назарбаев Университет, Астана; Карагандинский государственный медицинский университет; Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия; Медицинский центр «Коктем 3», Костанай

Анализ результатов многоцентрового неинтервенционного клинического исследования с участием 16 312 пациентов, проведенного в городах Казахстана и Узбекистана в 2011—2012 гг., позволяет утверждать следующее. Препарат аскорил экспекторант («Гленмарк», Индия) в стандартной дозе является высокоэффективным лекарственным средством для лечения кашля при острых респираторных вирусных инфекциях, остром бронхите у детей старше 3 лет и взрослых в возрасте до 78 лет, а также при обострении хронического бронхита или хронической обструктивной болезни легких (I—II степени тяжести) у взрослых. Большинство пациентов отмечают противокашлевой эффект после первых суток применения; применение препарата не сопровождается появлением нежелательных лекарственных реакций, пациенты хорошо переносят стандартные дозы; 91% врачей оценивают препарат как высокоэффективный.

Ключевые слова: кашель, аскорил экспекторант, острые респираторные вирусные инфекции, острый бронхит, обострения хронического бронхита, хроническая обструктивная болезнь легких

RESULTS OF INTERNATIONAL MULTICENTRE NON-INTERVENTIONAL CLINICAL STUDY OF THE EFFECTIVENESS AND SAFETY OF ASCORIL EXPECTORANT FOR THE TREATMENT OF COUGH IN KAZAKHSTAN AND UZBEKISTAN

T.S. Nurgozhin, A.E. Gulyaev, B.A. Ermekbaeva, S.K. Zhaugasheva, G.T. Abuova, E.A. An

Life Science Centre, Nazarbaev University, Astana; Karaganda State Medical University; South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy; Koktem-3 Medical Centre, Kostanai

This paper reports results of international multicentre non-interventional clinical study of the effectiveness and safety of ascoril expectorant for the treatment of cough in Kazakhstan and Uzbekistan. The study included 16312 patients examined in different cities during 2011-2012. It showed that ascoril expectorant (Glenmark) at a standard dose is an effective agent for the treatment of cough in children above 3 years and adults aged up to 78 years with ARVI and acute bronchitis, exacerbation of these conditions or grade I-II chronic obstructive pulmonary disease. Most patients reported good therapeutic effect within 1 day after intake. Ascoril expectorant caused no adverse reactions and was well tolerated by the patients. 91% of the attending physicians describe the drug as highly effective.

Key words: cough; ascoril expectorant; acute respiratory viral infection; acute bronchitis; exacerbation, chronic obstructive pulmonary disease.

Известно, что кашель относится к числу симптомов, наиболее часто встречающихся во врачебной практике. Среди причин, заставляющих пациентов обращаться к врачу, кашель занимает пятое место, а среди симптомов, обусловленных патологией респираторной системы, — первое [1]. При этом следует учитывать, что большая часть пациентов использует самолечение и лишь при неудаче обращается к врачу.

По данным статистики, к врачу обращается примерно 20% всех заболевших острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ). Эти обращения обусловлены преимущественно резистентностью кашля к домашним средствам и/или купленным безрецептурным препаратам, употребляемым пациентами, а также значительной длительностью кашля, заметно превышающей ожидаемую продолжительность заболевания [2].

В качестве противокашлевых средств используют множество препаратов, влияющих на частоту, интенсив-

ность и характер кашля [3]. При, казалось бы, большом выборе противокашлевых препаратов ситуация с наличием доказательств их эффективности неблагоприятна [4]. Подавляющее большинство безрецептурных противокашлевых препаратов, по данным Кокрановских систематических обзоров, по клинической эффективности не имеют отличий от плацебо как у детей, так и у взрослых [5]. Кроме доказанного эффекта группы опиоидных средств, существуют лишь небольшие клинические свидетельства полезности использования гвайфенизина, бромгексина и ацетилцистеина при вариантах кашля, связанных с инфекциями верхних дыхательных путей [6].

Выбор конкретных лекарственных средств зависит от клинических и патогенетических особенностей заболевания (особенно от возрастных особенностей формирования кашлевого рефлекса), а также от фармакологических характеристик препаратов. Так, целью назначения противокашлевой терапии у детей раннего возраста яв-